

# CAPÍTULO IX

## PRÁTICAS E CONTEXTOS FONAUDIOLÓGICOS DE ORIENTAÇÃO FAMILIAR



Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César<sup>1</sup>  
Danielle Ramos Domenis<sup>1</sup>  
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento<sup>2</sup>  
Raphaela Barroso Guedes-Granzotti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Professora Adjunta – Universidade Federal de Sergipe.

<sup>2</sup> Professora Assistente – Universidade Federal de Sergipe.

## INTRODUÇÃO

O presente capítulo pretende abordar os contextos sócio-históricos sobre o tema família, descrever algumas práticas fonoaudiológicas e elencar as dificuldades encontradas neste percurso.

É uma prática bastante comum em todas as áreas da Fonoaudiologia, porém a literatura ainda pode ser considerada escassa, sendo que os temas mais comuns relacionados à orientação estão atrelados à fonoterapia, à inclusão do núcleo familiar na terapia e às influências das relações familiares no âmbito da linguagem<sup>11,27</sup>, o que torna este capítulo fundamental para o profissional que pretende ampliar sua forma de atuação.

Cabe salientar, no entanto, que a orientação familiar não é uma atividade exclusiva da Fonoaudiologia, sendo interessante que seja realizada de forma interdisciplinar, a fim de que os envolvidos sejam compreendidos e atingidos de forma holística.

### Análise dos contextos

O primeiro aspecto de análise diz respeito à conjunção familiar (o seu sentido) nos meandros da história, uma vez que a compreensão acerca do tema família sofreu modificações ao longo da vida do homem em sociedade.

Até o século XVIII, as famílias aristocráticas eram entidades que mesclavam a vida pública com a privada. Os filhos eram criados por amas de leite, os pais preocupavam-se predominantemente das ocupações territoriais e as mães da moda, como exemplificou Ribeiro<sup>29</sup>. A organização “família” não era necessariamente o foco de atenção social. Desta forma, pode-se inferir que as assistências (por parte dos profissionais da saúde) eram centradas principalmente no indivíduo e no órgão acometido.

Em virtude da modernização e do avanço das ciências, alguns cuidados foram requisitados (até mesmo como instâncias políticas) de forma a reconfigurar o sistema familiar.

Com a mortalidade infantil em razão crescente havia a preocupação da preservação da espécie (e por que não dizer da manutenção da riqueza àqueles que já a tinham?). Foi desta forma que houve o incentivo dos cuidados maternos à sua prole, o pai é o chefe/guardião da família e os valores são ali cultuados. Os cuidados às famílias têm início, portanto, com a modernização e com a industrialização. Os principais temas de proteção das famílias versam sobre a saúde e as medidas de higiene, uma

vez que o objetivo é o de reestruturar e fortalecer a Nação, com famílias que tem por meta, segundo a literatura<sup>13</sup>, a procriação, a educação e a formação de crianças saudáveis e fortes – ou seja, compatíveis com os ideais políticos da época.

Sendo reconstituída a partir de novos princípios que a fundamentam, passa a representar, de forma microestrutural, o sistema social a que está inserida. É desejável, assim sendo, que no âmbito familiar sejam desenvolvidas habilidades e atribuídas competências para que o ser humano aprenda a exercitar-se na coletividade, no seu cotidiano. Cabe salientar que é neste *locus* que o indivíduo passa a dar significado ao mundo.

Sendo assim, a capacitação da entidade família é requerida por vários profissionais e informações educativas (cursos, palestras, livros, propagandas, *folders*, folhetos, entre outros) são oferecidas de forma a atingir os indivíduos que a constituem enquanto sistema.

A família aqui é atendida na perspectiva do indivíduo (microsistema), podendo ser eleito qualquer um de seus membros (mãe/mulher, filho/criança ou adolescente, pai/homem) para atenção especial. Deste modo a família tem dever, responsabilidade e obrigação para com os indivíduos que a integram, necessitando, portanto, de orientação e treinamento, já que interfere (positivamente ou não) no processo de saúde/doença de cada indivíduo que a compõe. Cabe salientar que, de forma particular, cada família tem a sua forma peculiar de antever e cumprir os seus deveres.

Tamãha é a sua importância que, em 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU) designou aquele ano como o sendo o ano da Família, visto a importância desta instituição social para o desenvolvimento humano. Ademais, programas tendo a família como foco de atenção básica foram desenvolvidos como estratégias para o alcance da saúde pública e coletiva, como, por exemplo, o Programa Saúde da Família<sup>29</sup>.

Mas por que o olhar mundial centra-se novamente na família? Há novo ideário político consubstanciando uma nova configuração deste sistema?

Podemos fazer aqui o levantamento de algumas hipóteses, embora só o tempo possa afirmar se serão ratificadas ou não.

Uma delas diz respeito ao empobrecimento dos países e ao crescimento das desigualdades. Nesta perspectiva, as famílias, com condições distintas, não conseguem, *per se*, atenuar as dificuldades encontradas para se manterem íntegras e saudáveis. Corroborando com a afirmação, poderíamos citar a noção epidemiológica dos riscos para os agravos à

saúde. Algumas condições de vida predispoem à doença mais fortemente em alguns grupos, como as condições socioeconômicas baixas. Assim, algumas famílias poderiam ser consideradas como “de risco social”. A intervenção dos profissionais da saúde seria o de permitir, por meio de diferentes estratégias, a inclusão social destas famílias, um maior acesso à saúde, com maior qualidade na assistência, diminuindo as desigualdades de vida das famílias e, por conseguinte, dos sujeitos que as compõem.

Outra possibilidade é a comunhão de ações, no mundo inteiro, em prol da justiça social. A saúde, como declarada na Constituição Brasileira de 1988, lança diretrizes para a área, como um dever do Estado e um direito de todos para a sua obtenção, com acessibilidade igualitária aos serviços, às ações, à redução de riscos de doenças por meio da promoção, da proteção específica e da recuperação da saúde.

Com um enfoque mais social há a idealização de um sistema de saúde que seja controlado também pelas pessoas da comunidade (controle social), a fim de que medidas práticas e políticas sejam dirigidas às necessidades reais das pessoas, já que o Sistema Único de Saúde (SUS) não consegue atendê-las em sua plenitude.

A tendência parece ser a de família como uma unidade política, dinâmica e participativa. Ela passa a ser ativa, mas também corresponsável pela situação de vida, não exclusivamente dela, mas da comunidade na qual se insere.

Neste ponto de vista, a família é uma unidade ecológica, em que o ambiente físico, os seres do entorno (as demais famílias e espécies: plantas e animais) e suas capacidades são evidenciadas.

Aqui, os profissionais não podem atuar de forma hegemônica, mas compreender as necessidades da(s) família(s) e apreender qual é o seu novo papel enquanto agentes mediadores de saúde.

Conclui-se, portanto, que a concepção sócio-histórica que o profissional tem de família definirá sua forma de agir. Passemos então a explicar algumas práticas sobre o tema, pela Fonoaudiologia.

### Práticas fonoaudiológicas em orientação familiar

Antes de abordarmos sobre as práticas em orientação familiar, faremos a exposição dos objetivos expostos pelos profissionais fonoaudiólogos<sup>1-7,12,14,16-20,25,26,28,33,35-37</sup>:

- Conscientizar os familiares (sobre a sua importância no desenvol-

vimento infantil, nas práticas de refeições compartilhadas, na remoção de hábitos orais deletérios, sobre a Fonoaudiologia, sobre a evolução terapêutica, sobre as queimaduras infantis, etc);

- Esclarecer dúvidas (tanto dos familiares quanto do profissional) e eliminar mitos, fornecendo informações detalhadas e em linguagem acessível;

- Promover a saúde;

- Realizar proteção específica da saúde fonoaudiológica (fluência, linguagem, motricidade orofacial, voz, deficiência auditiva, entre outros) – na detecção precoce de problemas e no controle dos fatores de risco;

- Estabelecer condutas de ação para a resolubilidade de determinada questão;

- Favorecer a evolução dos envolvidos no processo (do membro da família com algum distúrbio fonoaudiológico, da(s) família(s) e do profissional);

- Reconhecer as crenças e os valores (pessoas, famílias) que podem influenciar na atividade desenvolvida; e

- Favorecer associação teórico-prática (formação acadêmica e de pesquisa) dos discentes de graduação, nos momentos de práticas e estágios supervisionados.

Um fator importante da orientação familiar, como bem destacado por Oliveira et al.<sup>24</sup>, é a sua implicação social ao possibilitar a formação de multiplicadores das orientações recebidas que podem se difundir entre outros familiares, mudando posturas e atitudes que beneficiam a comunidade, podendo até reduzir as filas de espera em instituições públicas de saúde.

Além disso, o convívio do fonoaudiólogo com a família nos momentos de orientações e de escuta permite que esse profissional se torne uma importante referência de confiança e apoio fazendo com que a família se sinta à vontade para revelar questões e situações que indiretamente possam estar interferindo na evolução do paciente<sup>23</sup>.

A orientação familiar pode ser realizada de três maneiras distintas, conforme a literatura.

Uma delas é realizada exclusivamente com a família a ser orientada, com o núcleo familiar, no dia do atendimento terapêutico, com consentimento prévio do paciente assistido<sup>31</sup>. Esta é uma prática bastante usual adotada pelos fonoaudiólogos.

Outra possibilidade é a realização da orientação paralela ao servi-

ço prestado<sup>7,28</sup>. Nesta situação a observação pode ser um recurso a ser utilizado com o grupo primário (família) a fim de explicar os objetivos terapêuticos, esclarecer as atividades desenvolvidas, as dificuldades encontradas, bem como os resultados obtidos, permitindo maior apropriação da assistência prestada por parte das famílias envolvidas e, desta forma, “(...) a família é, então, colocada como co-autora do processo de enfrentamento da (...) e na busca de artifícios para obter saúde e saúde fonoaudiológica” (p. 125)<sup>31</sup>.

Pode haver a solicitação das orientações em dia e horário pré-agendados distintos das sessões usuais, para melhor configurar o espaço terapêutico entre paciente-terapeuta.

Em ambas as formas descritas acima, as “atividades sempre são tematizadas, ou seja, focadas na problemática do caso (...) os obstáculos que, uma vez conhecidos, podem ser resolvidos na ação familiar” (p. 29)<sup>28</sup>.

A terceira forma é aquela realizada com famílias, em grupo, em que o foco é, além da própria comunicação e seus distúrbios (seja com grupos ‘homogêneos’ ou não), o papel de cada membro na constituição da referida entidade. Pode haver a tematização de assuntos pré-escolhidos, ou então, o debate é aberto para questões trazidas pelas famílias. A prioridade está na sensibilização das famílias como sistemas próprios que têm autonomia e podem efetivar mudanças positivas no seu funcionamento. Há a troca de experiências, de condutas e os familiares percebem-se como pares de escuta e enxergam novas possibilidades de agir sobre um mesmo problema – percebem e compartilham a sua visão de mundo com os demais.

Para tanto, geralmente a estratégia de composição destes grupos dá-se com equipes multidisciplinares, que, com o decorrer do processo, tornam-se transdisciplinares.

Quanto ao foco da orientação podemos elencar a promoção da saúde (temas gerais que objetivam a qualidade de vida e não a doença ou distúrbio), a proteção específica (evitando-se os fatores que oportunizam o aparecimento de manifestações fonoaudiológicas) e, até mesmo, a recuperação, com informações sobre o distúrbio e com o oferecimento de atividades semidirigidas para execução em família, por exemplo. Nesses casos, as orientações seriam dirigidas ao sujeito/família atendido(a): como o ouvido funciona, o que é deficiência auditiva, desenvolvimento normal e alterado (em linguagem, motricidade orofacial, por exemplo), fatores etiológicos (disfonias, das deglutições adaptadas, entre outros), etc.

A orientação familiar pode ser realizada em diferentes locais de atendimento e, dentro da possibilidade de cada equipamento de saúde, com equipes, em: Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de especialidades, clínicas/consultórios, maternidades e hospitais (quarto de internação ou na sala de visitas), espaços públicos (em praças, por exemplo, como na realização de Campanhas), autarquias (sindicatos, conselhos, associações de bairro), filantrópicos (casas de assistência à infância, asilos, igrejas, paróquias, entre outros), escolas, creches e domicílios.

Os recursos utilizados nas orientações familiares são diversos: exposição e diálogo entre os envolvidos (pode haver o convite a outras pessoas – por exemplo, outros pacientes que já tenham superado a dificuldade ou demais profissionais para a discussão), vídeos educacionais ou da própria dinâmica de terapia com o paciente, leitura de artigos e manuais ilustrados confeccionados para a finalidade estabelecida<sup>22</sup>, folhetos<sup>12</sup>, dinâmicas de grupo, entre outros.

A literatura tem também destacado a atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASFs) de forma interdisciplinar, em que as orientações às famílias e à população são estratégias utilizadas para fortalecer as diretrizes de atenção à saúde<sup>21</sup>.

De acordo com a literatura<sup>9</sup>, os fonoaudiólogos que atuam no NASF de quatro regiões metropolitanas de Recife têm desenvolvido ações como diagnóstico de saúde do território, visitas domiciliares, atendimento para orientação aos familiares, grupos educativos e reuniões para discussão de casos clínicos com as equipes de Saúde da Família, atendendo, assim, às atribuições profissionais preconizadas na Portaria GM Nº 154/08, de 24 de janeiro de 2008, que institui o NASF como uma medida para ampliar e reafirmar a Estratégia de Saúde da Família.

Apesar de a literatura afirmar sobre a importância da orientação familiar, algumas dificuldades podem ser encontradas na prática, como pode ser visto a seguir.

### **Dificuldades descritas**

Programas presenciais de orientação familiar podem encontrar alguns obstáculos para sua execução, como a própria locomoção da família, a disponibilidade de tempo e até mesmo compreensão da importância desse processo<sup>10,25</sup>.

Pelos motivos supracitados, outras estratégias podem ser utilizadas a



fim de que a informação seja apreendida pelas famílias frente a sujeitos com algum distúrbio da comunicação.

Neste sentido, Ferreira<sup>10</sup> utilizou material escrito e ilustrado sobre linguagem destinado a famílias com membros com atraso global do desenvolvimento. Os temas não foram aleatórios e sim eleitos a partir da necessidade e da demanda das famílias envolvidas. Desta forma, superou as dificuldades supracitadas e oportunizou às famílias que assumissem “seus papéis como agentes no desenvolvimento da linguagem a seus filhos” (p. 8).

Outra dificuldade citada pela literatura é de que na prática de orientação familiar, muitas vezes a família relata apenas as dificuldades observadas e, neste sentido, faz-se necessário que o profissional incentive a família a observar também as potencialidades do sujeito sob sua responsabilidade. Em especial na orientação às famílias com crianças autistas, as maiores queixas dizem respeito ao comportamento, à comunicação e às situações descritas como desagradáveis pela família. Assim, estratégias oferecidas pelo fonoaudiólogo podem auxiliar a minimizar tais dificuldades do cotidiano, favorecendo a comunicação do sujeito com seu meio e, em especial, sua família<sup>8</sup>.

Apesar dos esforços dispensados, nem sempre há êxito na orientação familiar, pois por motivos variados, as famílias não seguem algumas das orientações fornecidas, como no caso de uma criança com encefalopatia não progressiva, em que o fonoaudiólogo orientou a não ingestão de líquidos por via oral e esta orientação não foi seguida, o que favoreceu o surgimento de pneumonias de repetição<sup>25</sup>. Nestes momentos, o fonoaudiólogo deve reforçar as orientações e fornecê-las gradualmente, segundo os autores, até que seja realizada a apreensão das informações fornecidas.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito a orientações cujos hábitos sejam difíceis de serem superados, por muitas vezes os filhos imitam seus familiares, como por exemplo, os hábitos orais. Tal observação foi citada pela literatura<sup>30</sup>, sendo constatado que apesar da família (no caso citado, a mãe) saber que o hábito oral pode comprometer o desenvolvimento do complexo crânio-oro-cervical, o oferecimento de chupetas e mamadeiras é feito desde o nascimento, demonstrando que os aspectos culturais também são fatores a serem superados.

Sobretudo, é importante salientar, como bem descrito na literatura, que ao se desenvolver atividades com as famílias, é necessário realizar reflexões diárias sobre a sua prática, já que além das especificidades de cada família, estas sofrem transformações de acordo com o momento de



vida atual e, conseqüentemente, suas necessidades eminentes, influenciando as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais da saúde<sup>34</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, gostaríamos de salientar que o sucesso da prática de orientação familiar só será obtido quando for estabelecido vínculo de estreita confiança entre profissional e família(s), sendo importante que sua dinâmica seja realizada de forma processual.

E para isto não há receitas, já que cada sistema familiar funciona de forma única. Com a devida atenção nas famílias e de forma continuada<sup>15,32</sup>, o trabalho torna-se mais eficaz e todos se beneficiam no propósito estabelecido.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade CRF. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia – ações coletivas e individuais. In: Viera RM, Viera MM, Avila CRB, Pereira LD (Org.) Fonoaudiologia e saúde pública. 2. ed. rev. e ampl. Carapicuíba: Pró-Fono; 2000. p. 81-104.
2. Andrade CRF. Fonoaudiologia preventiva: teoria e vocabulário técnico-científico. São Paulo: Lovise; 1996.
3. Andrade CRF. Gagueira infantil. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) Fonoaudiologia em pediatria. São Paulo: Sarvier; 2003a. p. 61-9.
4. Andrade CRF. Qualidade de vida, programa terapêutico e controle dos tratamentos em fonoaudiologia. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) Fonoaudiologia em pediatria. São Paulo: Sarvier; 2003b. p. 171-81.
5. Bianchini EMG. Alterações da articulação temporomandibular: abordagem fonoaudiológica. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) Fonoaudiologia em pediatria. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 23-44.
6. Chiari BM, Bragatto EL, Nishihata R, Carvalho CAF. Perspectivas da atuação fonoaudiológica diante do diagnóstico e prognóstico da surdocegueira. *Distúrbios da Comunicação* 2006; 18(3):371-82.
7. Delgado AR, César CPHAR, Gomes C, Carvalho MP. A importância da integração da família no processo terapêutico: relato de experiência em clínica-escola. In: Lagrotta MGM, César CPHAR (Org.) Fonoaudiologia nas instituições. São Paulo: Lovise; 1997. p. 53-4.
8. Fernandes FDM, Amato CALH, Balestro JI, Molini-Avejonas DR. Orientação a mães de crianças do espectro autístico a respeito da comunicação e linguagem. *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2011;23(1):1-7.
9. Fernandes TDL, Nascimento CMBD, Sousa FDOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC* 2013; 15(1):153-9.

10. Ferreira GC. Programa de educação familiar continuada em linguagem: orientações a pais de crianças com atrasos globais do desenvolvimento. 2006. 166f. Dissertação [Pós-graduação em Educação], Universidade Estadual de São Paulo, Marília, São Paulo.
11. Friedman S, Pereira ASC, Pires TI. Análise da produção científica fonoaudiológica brasileira sobre família. *Distúrbios da Comunicação* 2010; 22(1):15-23.
12. Gimenez-Paschoal SR, Nascimento EN, Pereira DM, Carvalho FF. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. *Rev. paul. Pediatr.* 2007; 25(4):331-6.
13. Gomes FZ, Adorno RCF. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. *Revista de Saúde Pública.* 1990; 24(3):204-11.
14. Gonçalves MPS. Fonoaudióloga coordena debate sobre importância dos pais no desenvolvimento da criança. *Rev. da Fonoaud.* – 2a. Região 2005; 60:22-3.
15. Horbny G, Murray R. Group programmes for parents of children with various handicaps. *Child Care, Health & Development.* 1983; 9(4):185-98.
16. Hubig DOC. Alterações auditivas em pré-escolares e escolares. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) *Fonoaudiologia em pediatria.* São Paulo: Sarvier; 2003. p. 148-58.
17. Junqueira P, Maximino P, Ramos CDC, Machado RHV, Assumpção I, Fisberg M. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Rev. CEFAC.* 2015; 17(3):1004-11.
18. Lichitig I, Cárnio MS, Couto MIV. Surdez e reabilitação baseada na comunidade. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) *Fonoaudiologia em pediatria.* São Paulo: Sarvier; 2003. p. 113-9.
19. Lichitig I, Couto MIV, Akiyama R, Slomski V, Trettel M. Programa transdisciplinar de atendimento a famílias ouvintes e a seus filhos surdos. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO. (Org.) *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 740-50.
20. Marchesan IQ. Atuação fonoaudiológica nas funções orofaciais: desenvolvimento, avaliação e tratamento. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) *Fonoaudiologia em pediatria.* São Paulo: Sarvier; 2003. p. 3-22.
21. Molini-Avejonas DR, Mendes VLF, Amato CAH. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010; 15(3):465-74.
22. Nemr K, Lehn C. Voz em câncer de cabeça e pescoço. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (Org.) *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 102-17.
23. Noguchi MS, Assis SG. Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção. *Pro-Fono: Revista de Atualização Científica.* 2003; 15 (2):199-206.

24. Oliveira CMC, Yasunaga CN, Sebastião LT, Nascimento EM. Orientação familiar e seus efeitos na gagueira infantil. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2010; 15(1):115-24.
25. Oliveira LD, Valarelli LP, Caldas CACT, Nascimento WVD, Dantas RO. Intervenção fonoaudiológica e anuência familiar em caso de criança com encefalopatia crônica não progressiva. *Rev. CEFAC* 2015; 17(1):286-90.
26. Panhoca I. Grupo terapêutico –fonoaudiológico: refletindo sobre esse novo fazer. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (Org.) *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 1054-8.
27. Pereira ACS. Estudo da produção científica fonoaudiológica nacional sobre família. 117f. 2008. Dissertação [Mestrado em Fonoaudiologia], Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
28. Rangel SRD. Proposta de orientação familiar. *Rev. da SBFa.* 2000; 6:28-30.
29. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família. *Rev. Lat.-Am. Enfermagem.* 2004; 12(4):658-64.
30. Serra-Negra JMC, Vilela LC, Rosa AR, Andrade ELSP, Paiva SM, Pordeus IA. Hábitos bucais deletérios: os filhos imitam as mães na adoção destes hábitos. *Rev odonto ciênc.* 2006; 21(52):146-52.
31. Servilha EAM. Voz na infância. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO (Org.) *Tratado de Fonoaudiologia.* São Paulo: Roca; 2004. p. 118-26.
32. Simmons-Martin A. Facilitating parent: child interactions through the education of parents. *J. Res. Dev. Educ.* 1975; 8(2): 96-102.
33. Souza DMB. A família e o processo de reabilitação fonoaudiológica no ambulatório de fonoaudiologia de um hospital de Curitiba-PR. 85f. 2013. Dissertação [Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho], Universidade do Vale de Itajaí, Itajaí, Santa Catarina.
34. Souza DMB, Lopes SMB. Família e atuação fonoaudiológica. *Rev. CEFAC.* 2015; 17(1):80-7.
35. Souza MMV, Santos JC, Baldrighi SEZM, Nascimento GKBO, Granzotti RBG, Silva K, César CPHAR. Educação em saúde e hábitos orais deletérios: relato de experiência. 8. Encontro Brasileiro de Motricidade Orofacial. *Anais do 8º Encontro Brasileiro de Motricidade Orofacial: resumos simples.* João Pessoa, ABRAMO; 2015. p. 20.
36. Wertzner HF. Distúrbio fonológico. In: Andrade CRF, Marcondes E (Org.) *Fonoaudiologia em pediatria.* São Paulo: Sarvier; 2003. p. 70-8.
37. Zorzi JL. A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

*Como citar este capítulo:*

César CPHAR, Domenis DR, Nascimento GKBO, Guedes-Granzotti RB. Práticas e contextos fonoaudiológicos de orientação familiar. In: Paranhos LR, Sordi C, César CPHAR, organizadores. *Coletâneas em saúde.* São José dos Pinhais: Editora Plena; 2016. 4v. p.99-109.